

Guérison spontanée de la Luxation congénitale de la hanche

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juillet 1936, à 17 heures.

POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy
Mention « Médecine »

PAR

M. TRIEF Ozjasz

Né à Tarnopol (Pologne), le 17 Juin 1910

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FRÉLICH, professeur : *Président.*

ANDRÉ, professeur. . . .

MUTEL, agrégé } *Juges.*

BODART, agrégé. }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE ALSACIENNE
CHAMPIGNEULLES

1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551909_0049

Guérison spontanée de la Luxation congénitale de la hanche

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 29 juillet 1936, à 17 heures.

POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy

Mention « Médecine »

PAR

M. TRIEF Ozjasz

Né à Tarnopol (Pologne), le 17 juin 1910

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FRÉLICH, professeur. *Président.*

ANDRÉ, professeur.

MUTEL, agrégé } *Juges.*

BODART, agrégé. }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE ALSACIENNE

CHAMPIGNEULLES

1936

Doyen : M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\mathcal{Q}$.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, $\star$, I $\mathcal{Q}$; WEISS, O $\star$, I $\mathcal{Q}$;

BOUIN, O $\star$, I $\mathcal{Q}$; ANCEL, $\star$, I $\mathcal{Q}$; GARNIER, $\star$, I $\mathcal{Q}$;

MACÉ, $\star$, I $\mathcal{Q}$; P. PARISOT, O $\star$, I $\mathcal{Q}$; DUFOUR, $\star$, I $\mathcal{Q}$;

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I $\mathcal{Q}$.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\mathcal{Q}$.
Cliniq. de chir. infantile et d'orthopédie	M. FRÉLICH, $\star$, I $\mathcal{Q}$.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I $\mathcal{Q}$.
Clinique obstétricale et Accouchements .	M. A. FRUHHNSHOLZ, O $\star$, I $\mathcal{Q}$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\mathcal{Q}$.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, $\star$, I $\mathcal{Q}$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\mathcal{Q}$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I $\mathcal{Q}$.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I $\mathcal{Q}$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\mathcal{Q}$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\mathcal{Q}$.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, $\star$, I $\mathcal{Q}$.
Hyg. ène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C $\star$, I $\mathcal{Q}$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\mathcal{Q}$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\mathcal{Q}$.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, $\star$, $\star$, A $\mathcal{Q}$.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\mathcal{Q}$.
Bactériologie et parasitologie médicale ...	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\mathcal{Q}$.
Thérapeutique	N.
Professeurs sans chaire	{ M. L. JOB, $\star$, I $\mathcal{Q}$; M. WATRIN, $\star$, I $\mathcal{Q}$;

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses ..	{ M. ABEL, $\star$, I $\mathcal{Q}$, agrégé. M. P. SIMONIN I $\mathcal{Q}$, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, I $\mathcal{Q}$, agrégé.
Clinique gynécologique	M. A. BINET, $\star$, I $\mathcal{Q}$, agrégé libre
Pathologie externe	M. GUILLEMIN, A $\mathcal{Q}$, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\mathcal{Q}$, professeur.
Propédeutique dermatologique	M. WATRIN, $\star$, I $\mathcal{Q}$, prof. sans chaire.
Médecine opératoire	M. M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\mathcal{Q}$, agr. lib.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY, $\star$, I $\mathcal{Q}$, ch. duc, ag. lib.
Accouchements (cours théorique)	M. JOB, $\star$, I $\mathcal{Q}$, prof. sans chaire.
Obstétrique	M. VERMELIN, $\star$, I $\mathcal{Q}$, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. DROUET, I $\mathcal{Q}$, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. MUTEL, $\star$, I $\mathcal{Q}$, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, $\star$, I $\mathcal{Q}$, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Éducation physique (I)	M. L. MERKLEN, A $\mathcal{Q}$, agrégé.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A $\mathcal{Q}$, agrégé.
Clinique neurologique (I)	M. MICHON, docteur.
Propédeutique O.-R.-L. (I)	M. AUBRIOT, docteur.
Parasitologie	M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice :

MM. MERKLEN, A $\mathcal{Q}$.	MM. POURSINES	MM. GUILLEMIN, A $\mathcal{Q}$
FLORENTIN, A $\mathcal{Q}$	MELNOTTE, O $\star$	ABEL, $\star$, A $\mathcal{Q}$.
BODART.	MUTEL, $\star$, I $\mathcal{Q}$.	DROUET, A $\mathcal{Q}$.
CHALNOT.	VERMELIN, $\star$, A $\mathcal{Q}$	SIMONIN, A $\mathcal{Q}$.
WOLFF, A $\mathcal{Q}$.		

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, $\star$, I $\mathcal{Q}$; S. RÉMY, I $\mathcal{Q}$; BUSQUET, I $\mathcal{Q}$,
BINET, $\star$, I $\mathcal{Q}$; BARTHÉLEMY, $\star$, I $\mathcal{Q}$; LAMY, $\star$, I $\mathcal{Q}$;
M. E. TRIBOLET, I $\mathcal{Q}$. Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les obinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.



A MON PÈRE, A MA MÈRE,

*Qu'ils trouvent ici l'expression
de ma très vive gratitude pour les
sacrifices qu'ils se sont imposés
pour moi, ainsi que le bien faible
témoignage de ma vénération et
de ma très grande et inaltérable
affection.*

A MON FRÈRE, A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE MORDECHAJ
ET MA SŒUR RONIA

*Qu'ils trouvent ici l'expression
de ma reconnaissance pour tout ce
qu'ils ont fait pour moi.*

A LA MÉMOIRE DE MON AMI J. FRIEDMAN.

A MON BIEN CHER AMI HELLREICH.

A TOUTES MES MAÎTRESSES
A CEUX QUI M'AIMENT.

A mon Maître et Président de Thèse,

M. le Professeur FRÉLICH,
Professeur de Clinique chirurgicale et d'Orthopédie,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le très grand honneur de présider cette thèse, et nous le prions d'agréer l'hommage respectueux de notre profonde reconnaissance. Il a été pour nous un Maître dont nous retiendrons le précieux enseignement.

A mes Juges,

M. le Professeur ANDRÉ,
Professeur de Clinique de Chirurgie urinaire,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

M. le Professeur Agrégé MUTEL,
Chargé de Cours d'Anatomie et de Médecine légale,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

M. le Professeur Agrégé BODART,

Qui nous ont fait le grand honneur de juger notre thèse inaugurale. Témoignage de notre reconnaissance.

A TOUS MES MAÎTRES DE NANCY
ET DE REIMS.

INTRODUCTION

La guérison spontanée de la luxation congénitale de la hanche est un fait clinique, dont les premières observations ne remontent pas au delà du commencement de ce siècle. C'est en 1905 que notre Maître, M. FRÆLICH, a publié les premières observations des luxations congénitales de la hanche, cliniquement et radiologiquement confirmées — guéries spontanément. Dès lors, le sujet va prendre place dans la littérature médicale. Successivement vont donc apparaître en France (LE DAMANY), en Italie (ANNOVAZI) et surtout en Allemagne (DREHMAN, BRADFORD, KOPITS) des articles concernant le sujet et rapportant chaque fois un ou deux cas inédits. Le nombre des observations est à l'heure actuelle encore assez limité. MARCONI, dans une statistique faite en 1932, a pu réunir seulement 25 cas des guérisons cliniquement et radiologiquement confirmées. En ajoutant à ces observations celles publiées dans les années 1932-1935 (BAUER, CAUBET, FLIEGEL, KLEINSCHMIDT et DEGA), nous aurons un nombre total égal à 30 observations. Nous nous proposons, dans notre thèse inaugurale, d'examiner ces faits en citant quelques observations, de tâcher de décrire pourquoi ces malformations ont pu guérir, en indiquant les causes anatomo-physiologiques.

Enfin on pourra en tirer des conclusions au point de vue du traitement.

PATHOGENIE DES LUXATIONS CONGENITALES DE LA HANCHE

Avec M. FRÆLICH, nous divisons les luxations congénitales de la hanche en trois groupes :

- 1° Les luxations congénitales traumatiques, à cavité normale;
- 2° Les luxations tératologiques ou malformations primitives de la jointure;
- 3° Les luxations pathologiques ou acquises.

Les luxations du premier groupe sont produites dans la vie intra-utérine, à cause de l'absence partielle du liquide amniotique, d'où pression sur le fœtus de la cavité utérine dans ses contractions, ce qui favorise la sortie hors des cavités cotyloïdes des têtes fémorales, par adduction exagérée des fémurs. Le traumatisme obstétrical peut aussi jouer un rôle dans les luxations.

Les luxations tératologiques existent encore avant la naissance. Il s'agit donc d'un véritable vice de germe, il y a atrophie ou absence complète de la cavité cotyloïde, d'où impossibilité ou difficulté pour la tête fémorale de s'y loger.

Dans la troisième catégorie se trouvent les luxations qui se sont produites dans les premiers mois de la naissance, par suite d'arthrite coxofémorale ou lésions ostéomyélitiques.

Ainsi cette classification de M. FRÆLICH nous permet de souligner les principaux facteurs étiologiques. Nous ajoutons seulement que, très souvent, les luxations relèvent à la fois de ces trois facteurs associés. Ainsi on voit fréquemment au niveau du cartilage en Y une coïncidence du processus infectieux et du trouble de développement, sans qu'on puisse dire lequel des deux est primitif. D'autre part, les luxations traumatiques s'accompagnent fréquemment d'arthrite du même nom ou bien d'arthrite dite « secondaire »; le facteur pathologique n'est-il alors pas en cause ? Nous trouvons dans l'observation de DREHMANN (p.) un exemple typique d'une luxation congénitale à la fois traumatique, tératologique et pathologique.

LE DAMANY attribue le rôle principal des luxations congénitales à un facteur dit « anthropologique ». Il dénomme ainsi un défaut constant dans les hanches humaines, défaut qui produit la luxation, s'il devient excessif. Ce défaut consiste en une torsion fémorale et en une orientation défectueuse des surfaces articulaires.

Torsion du fémur. — Au début de sa formation, durant la première moitié de la vie intra-utérine, le fémur ne présente aucune torsion, c'est à dire, que les axes des extrémités supérieures et inférieures se trouvent dans le même plan. Durant la seconde moitié de la vie intra-utérine et jusqu'au moment de la naissance, l'axe de l'extrémité supérieure va subir un mouvement d'anté-torsion par rapport au plan passant par l'axe longitudinal et l'axe de l'extrémité inférieure. Au

moment de la naissance, cet angle de torsion passe par un maximum évolué d'une façon moyenne à 35° . Après la naissance, un nouveau mouvement de détorsion se produit, celui-ci prend fin lorsque l'angle est environ de 12° .

Orientation défectueuse des surfaces articulaires. —

Chez le nouveau-né — par conséquent — l'axe du col se dirige franchement en avant et en dedans, déterminant un angle de torsion d'environ 35° . D'autre part, le plan d'ouverture de la cavité cotyloïde, au lieu de regarder en arrière et en dehors, de façon à pouvoir emboîter parfaitement la tête fémorale, regarde — au contraire — en avant et en dehors. Pour LE DAMANY, tant que la somme des deux angles formés par la torsion du fémur et l'inclinaison en avant de la cavité cotyloïde ne dépasse pas 60° , il n'en résulte aucun inconvénient pathologique. Par contre, au delà de ce chiffre, la luxation se produit facilement. C'est pour ces raisons que le nouveau-né présente une aptitude à la luxation. Chez celui-ci, l'angle de torsion du fémur varie autour d'une moyenne de 35° , tandis que l'angle d'inclinaison en avant de la cavité cotyloïde est d'environ 20° . Le moindre phénomène surajouté venant aggraver ces défauts préexistants, le moindre traumatisme pourra donc engendrer le déboîtement de la tête. Le plus souvent, la luxation est due à la déflexion des membres inférieurs, qui se fait après la naissance, lorsque l'enfant doit passer d'une flexion outrée à une extension non moins extrême, pour le decubitus dorsal et pour la station debout. Lorsqu'on poursuit le mou-

vement d'extension de la cuisse sur le bassin, il arrive un moment où le bord postérieur du col arrive au contact du bord postérieur de la cavité cotyloïde; dès lors, la tête fémorale s'écartera du fond du cotyle, d'autant plus que l'extension sera plus marquée. D'autre part, le vide ainsi créé dans la capsule articulaire, entraînera progressivement l'hypertrophie du ligament rond c'est à dire une diminution de la profondeur de la cavité cotyloïde. Cette cavité devient désormais insuffisante pour la contention de la tête, laquelle sollicitée par la traction des muscles longitudinaux ou sous l'influence du poids du corps, lors des premiers essais de la marche, se laissera luxer en passant au dessus du rebord cotyloïdien.

Nous avons insisté un peu longuement sur ces théories pathogéniques, parce que c'est en se basant sur elles que nous essayerons d'expliquer le mécanisme de la guérison.

OBSERVATIONS

PROFESSEUR FRÉLICH

OBSERVATION I

Jeanne F..., 5 ans. De Verdun. Nous est présentée le 5 juin 1905. Elle est atteinte de luxation congénitale. L'enfant a marché à 19 mois. Etant donné sa claudication, une radiographie est faite à l'âge de 2 ans. Cette radiographie m'est remise par les parents. Elle indique une luxation congénitale double. Elle est datée du 6 septembre 1902. La luxation droite est peu prononcée et la tête dépasse de 3 centimètres la ligne horizontale tirée par le centre de la cavité cotyloïde au niveau du cartilage en Y. La luxation du côté gauche est moins accentuée, le sommet de la tête dépasse cependant de 2 centimètres la ligne horizontale tirée par le centre de la cavité cotyloïde. Les parents m'informent, que, dans le cours de la troisième année, l'enfant « balançait » des deux côtés. Tandis qu'actuellement elle boîte franchement de la jambe droite. Et en effet, nous ne trouvons plus aucun signe de luxation du côté de la jambe gauche. La jambe droite, au contraire, est plus courte de 4 cm.; elle mesure 60 cm., la jambe gauche 64 cm. Le sommet du grand trochanter dépasse de 5 cm. la ligne de NÉLATON. La cuisse, du côté luxé, a une circonférence de 33 cm., la cuisse gauche de 35 cm. Le membre luxé est en adduction. La marche est très défectueuse. La fillette se fatigue très facilement. Une radiographie que nous prenons de l'enfant, montre que le côté droit seul est déboîté. Tandis que le côté gauche est normal et la ligne tirée par le cartilage en Y passe exactement sur le sommet de la tête fémorale.

14 juin : Réduction de la luxation avec chloroforme, immobilisation en abduction à 100° dans un plâtre.

21 juin : Gonflement des organes génitaux.

23 juin : Radiographie à travers le plâtre, qui montre la tête dans la cavité au niveau de la ligne tirée par les cartilages ne Y.

5 sept. 1905 : Changement de l'appareil : la réduction persiste.

OBSERVATION II

Marie L..., 7 ans, nous est amenée par ses parents le 4 septembre 1905. L'enfant a marché à 17 mois. Elle a boîté toujours de la jambe droite. Cette claudication va en s'accroissant. Après une marche de 400 mètres, la fillette a besoin de se reposer. Une tante de l'enfant est atteinte d'une luxation double; la fillette est chétive et petite pour son âge.

Le raccourcissement du membre luxé est de 3 cm. et demi. La différence entre la circonférence de la cuisse luxée et de la cuisse droite est de 2 cm. La jambe gauche est en adduction. Légère scoliose dorsale gauche et lombaire droite. Une radio montre la tête fémorale à gauche déformée. Le col est raccourci et fléchi (coxa vara). La tête débord légèrement le col. L'ancienne cavité est peu profonde. Le sommet de la tête dépasse de 3 cm. et demi l'horizontale tirée par le cartilage en Y. Le côté droit est normal. La tête est située au dessous de la ligne horizontale menée par le cartilage en Y. Or, l'enfant a été radiographiée à deux ans et sur cette radio nous voyons que le déboitement existait des deux côtés. Les sommets des deux têtes fémorales dépassent de 2 cm. environ le centre de la cavité cotyloïde et il est impossible d'attribuer à un côté un déboitement plus considérable qu'à l'autre.

7 septembre : Réduction par la méthode de LORENZ (sous chloroforme). Opération facile, malgré l'élévation de la tête, et cela grâce au peu de développement musculaire. Immobilisation en abduction à 90°.

OBSERVATION III

Yvonne M..., 7 ans. Entrée le 20 avril 1920. L'enfant a marché à 18 mois. Les parents ne prêtèrent pas attention à la boîtierie de l'enfant que vers l'âge de 3 ans. A cette époque, en effet, l'enfant marchait en se dandinant. Les troubles semblaient être plus accentués du côté gauche que du côté droit. A l'âge de 4 ans, l'enfant fut radiographiée. La radiographie montre qu'il s'agit d'une luxation double, légère à droite (2 cm.), plus prononcée à gauche (3 cm.). A droite on remarque que le toit de la cavité cotyloïde est bien marqué. Le noyau de la tête est appuyé sur la limite qui sépare le toit du reste de l'aile iliaque. A gauche, par contre, le noyau céphalique a dépassé de 1 cm. le rebord costal du toit. Examen à l'entrée. On se trouve en présence d'une fillette robuste. Lorsqu'on la fait marcher, on constate qu'elle boîte en légère flexion du côté gauche. La longueur du membre gauche est 50 cm. A droite : 54 cm. A gauche, le grand trochanter dépasse de 4 cm. la ligne de NÉLATON. Du côté droit, le grand trochanter dépasse d'environ 1 demi à 1 cm. cette même ligne. Alors qu'à gauche la tête n'est pas perceptible sous les vaisseaux fémoraux, elle l'est à droite.

En résumé : luxation gauche avec une ascension de 4 cm. légère ascension du grand trochanter droit, sans luxation apparente. Une nouvelle radiographie montre les lésions suivantes : 1° Du côté droit la luxation s'est réduite : le centre de la tête est situé très peu au dessus du cartilage en Y. Le toit est bien formé. 2° Du côté gauche, il y a un double contour et la cavité semble imparfaite. L'ascension de la tête est d'environ 4 cm. Le toit est plus oblique qu'à droite, mais la cavité semble être suffisamment profonde. Il existe de plus une légère anté-torsion de la tête et du col.

21 avril : Sous chloroforme, réduction facile par les manœuvres habituelles. La tête ne tient pas en place elle-même. Position d'abduction dans un plâtre du type habituel.

23 sept. 1920 : Réduction parfaite. Genou un peu raide.

DREHMAN

OBSERVATION I (*résumée*).

Enfant de 6 mois. A été accouché par le siège. L'extraction par forceps a occasionné une plaie suppurée de la hanche droite et une paralysie du sciatique qui évolua vers la guérison. Après la guérison de la blessure, on constata un raccourcissement avec adduction du membre inférieur droit. La radio montre une luxation double avec lésions ostéomyélitiques du cotyle droit. Une année plus tard, l'enfant fut ramenée, et alors on était étonné de constater sur la radiographie une guérison complète de luxation de la hanche gauche. En outre, l'enfant présente des pieds bots varus equins qui font penser que la luxation a été également congénitale et non seulement traumatique.

OBSERVATION II (*résumée*).

Fille de deux ans, présentant des signes cliniques et radiologiques de luxation congénitale de la hanche gauche. Deux ans après, la luxation a disparu.

BRADFORD

OBSERVATION (*résumée*).

Enfant d'un médecin, âgée de 6 mois, atteinte de luxation unilatérale typique. A l'âge de deux ans, la guérison était survenue spontanément sans aucun traitement. Le cas avait été contrôlé par plusieurs collègues expérimentés et confirmé par une radiographie.

DEGA

Fillette de 3 mois, fut amenée pour une luxation congénitale double de la hanche le 24 juin 1930. Premier pas à 13 mois. Déjà à cette époque, l'enfant dandinait en marchant. A l'examen on constate tous les signes d'une luxation double. Les parents ne pouvaient pas se décider de laisser

traiter leur enfant. Ils sont revenus 3 ans plus tard, le 7 juin 1933. A l'examen, on fut étonné de constater que l'enfant boîte seulement de la jambe gauche, qui, en même temps, est plus courte de 2 cm. et présente tous les signes d'une luxation congénitale. La jambe droite, au contraire, est normalement mobile dans l'articulation coxo-fémorale, et la tête est perceptible sous les vaisseaux fémoraux.

L'examen radiologique : La tête fémorale droite est enfoncée dans la cavité cotyloïde, son volume, ainsi que celui du col, est considérablement augmenté, le fond du cotyle est épaissi, le toit cotiloïdien est légèrement oblique, mais il couvre presque complètement la tête fémorale. Au niveau du rebord cotyloïdien supérieur on voit des saillies osseuses récemment formées. A la hanche gauche, la luxation persiste. Les parents assurent que, durant ces trois ans, l'enfant n'a subi aucun traitement. Une dernière radio, faite le 6 mai 1935, montre une adaptation complète des deux surfaces articulaires droites : Le cotyle couvre complètement la tête fémorale, malgré la persistance d'épaississement du fond cotyloïdien. L'anté-torsion fémorale qui, au commencement, était très accentuée, a diminué jusqu'au chiffre normal. L'angle d'inclinaison de la tête fémorale sur la diaphyse n'a pas changé, il est le même que du côté non guéri.

MÉCANISME DE LA GUÉRISON SPONTANÉE

Certains auteurs invoquent le traumatisme comme le facteur essentiel de la guérison. Muller relate, en effet, que, dans un cas, la réduction a été provoquée par une chute sur le périnée, les jambes étant portées en abduction complète. L'abduction forcée aurait servi ici de manœuvre de réduction. On peut supposer d'autre part, que le brusque tiraillement de la capsule a pu provoquer sa rétraction ultérieure et, par suite, le maintien de la réduction.

Suivant M. FRÆLICH, la guérison spontanée nécessite les conditions suivantes :

- 1° Bilatéralité des malformations;
- 2° Evolution plus rapide d'une des luxations.

On sait que, dans une luxation congénitale, plus les déplacements sont considérables, plus le degré d'adduction du membre luxé est important. Supposons donc que nous nous trouvons en présence des deux membres luxés en adduction, mais avec prédominance de l'adduction du côté le plus luxé. Or, la marche nécessitant le parallélisme des membres inférieurs, provoque qu'à un certain degré d'adduction du côté le plus luxé, correspond un degré d'abduction pour le côté opposé. L'adduction forcée donne en résultat une nouvelle ascension de la tête fémorale et favorise le

passage de la tête fémorale par dessus le rebord cotyloïdien postérieur.

L'abduction du membre opposé produit l'effet inverse, c'est-à-dire elle favorise le glissement de la tête vers en bas et en dedans. L'adduction du côté le plus luxé allant sans cesse en augmentant, il arrivera un moment où le membre le moins luxé prendra spontanément au cours de la marche des attitudes voisines de celle que nous lui aurions imposée si nous avions voulu traiter l'affection. Et enfin la marche et les contractions musculaires auront pour effet de faire rentrer progressivement la tête dans le cotyle.

Nous constatons avec M. FRÉLICH, que « la nature a fait spontanément ce que fait le chirurgien pour guérir la luxation congénitale de la hanche, lorsqu'il met la jambe luxée en abduction forcée ».

Ainsi cette théorie nous permet d'expliquer comment se fait la coaptation progressive des surfaces articulaires.

Voyons maintenant le rôle de la détorsion fémorale dans le processus de la guérison spontanée. En effet, si — comme nous l'avons vu, en exposant la théorie de LE DAMANY — l'exagération de l'antétorsion fémorale est à la base de la luxation congénitale, il est évident que, dans le processus de restitution, de guérison, la détorsion fémorale joue un rôle considérable. Certains auteurs comme DREHMAN et GALLEAZI, estiment que la détorsion est le facteur primordial, déclenchant le processus de la guérison.

D'autres, au contraire, comme KOPITS, SLOMAN et DEGA, la considèrent comme facteur secondaire, comme

résultante de la coaptation des surfaces articulaires. En faveur de cette hypothèse, DEGA cite une observation que voici :

Il s'agit d'une fillette... H. B., chez laquelle une double luxation congénitale de la hanche a été réduite à l'âge de 2 ans. Mais 6 mois après, quand l'appareil plâtré a été enlevé, la hanche droite se mit de nouveau en luxation, quoique les radiographies ont montré jusqu'à la dernière phase du traitement une position correcte des fémurs. Pour ne pas prolonger inutilement le traitement plâtré, on a refait, le 29 novembre 1933, une inspection de l'articulation relaxée et alors on a constaté que l'antétorsion était voisine de 90° et que la capsule articulaire était très large et relâchée. Puisqu'il n'y avait pas d'adhérences entre la capsule et le bassin, ni d'autres particularités au niveau de l'articulation, auxquelles on aurait pu imputer la reluxation, on s'est borné à rétrécir la capsule articulaire en la doublant et à immobiliser l'articulation dans un appareil plâtré. Ça suffisait pour obtenir une bonne solidité et conservation parfaite de la mobilité de l'articulation, et pour amorcer la régression de l'antétorsion trop accentuée.

La détorsion résulterait donc de la coaptation des surfaces articulaires.

D'après notre avis, l'importance de la détorsion fémorale varie, suivant que nous avons affaire à une subluxation ou une luxation vraie. En effet, dans la subluxation, la tête fémorale est anormalement éloignée du fond cotyloïdien et mal entrée dans celui-ci, mais elle n'a pas encore subi de mouvement d'ascension appréciable. Que la détorsion fémorale reprenne son évolution, la tête va reprendre sa place normale. Autrement dit, la somme des angles d'inclinaison en avant de la cavité cotyloïde et de torsion en avant de l'épi-

physe fémorale supérieure, va décroître jusqu'à une valeur inférieure à 60° , qui représente le maximum compatible avec un développement de l'articulation. Mais il est plus difficile d'attribuer à la détorsion fémorale la même importance dans le cas d'une luxation vraie. Dans ce cas, la simple correction de l'anté-torsion ne suffirait pas pour remettre la tête en position normale. La tête est non seulement éloignée du fond cotyloïdien, mais a aussi subi le mouvement d'ascension. Alors, pour que la reposition se produise, il faut admettre l'intervention d'une seconde force agissante, afin de diriger la tête fémorale en bas et en dedans, vers le centre de l'acetabulum. DREHMAN admet que ce mouvement de descente est dû à une diminution de l'angle d'inclinaison de la tête sur la diaphyse fémorale. Mais cette hypothèse n'est pas justifiée par aucun examen radiologique, au contraire, les constatations radiologiques des différents auteurs (DEGA) nous montrent que l'angle d'inclinaison est resté le même avant et après la guérison.

D'ailleurs, étant donné que le lieu de contact de la tête avec l'os iliaque présente le point le plus fixe du fémur dans ses rapports avec le pelvis, une diminution de l'angle d'inclinaison ne pourrait donc avoir pour effet d'entraîner un mouvement de la tête vers le bas, mais provoquerait plutôt un mouvement d'ascension du grand trochanter. Il nous semble plus logique d'admettre l'hypothèse de SLOMAN. « Je n'ai aucune hésitation, écrit SLOMAN, à formuler la proposition suivante : Il doit être un rétrécissement préalable de la capsule, qui est le principal facteur de la réduction

spontanée de la luxation congénitale de la hanche. » Quant aux causes pouvant engendrer ces plissements, l'auteur admet l'hypothèse de MULLER (p.). C'est donc ce rétrécissement capsulaire qui, en agissant sur la tête « détordue », provoquera sa descente dans la cavité cotyloïde.

Une fois le rôle de la détorsion fémorale déterminé, résumons l'ensemble du processus de guérison spontanée d'une luxation double :

La marche de l'enfant nécessitant le parallélisme des membres inférieurs, provoque l'abduction du membre moins luxé et, par suite, favorise le glissement de la tête vers en bas et en dedans. D'autre part, ces petits mouvements d'abduction se reproduisant à chaque pas, fortifient les muscles et l'appareil ligamentaire de la hanche, créant ainsi les conditions nécessaires à la contention de l'articulation. Le contact des surfaces articulaires ainsi établi, amène une irritation fonctionnelle portant sur le développement retardé de l'articulation. L'anté-torsion du fémur diminue. En même temps, il y a une néoformation osseuse au niveau de la tête fémorale, qui augmente de volume. Le toit cotyloïdien se recouvre aussi de petites saillies osseuses, il devient donc moins oblique, et l'inclinaison de la partie supérieure du toit diminue. Les phénomènes d'adaptation au niveau de l'articulation se poursuivent ensuite et les signes cliniques ainsi que radiologiques disparaissent.

Quant à la guérison des luxations unilatérales, nous n'en avons trouvé aucune explication dans la littérature. Peut-être qu'elle résulte d'une abduction provo-

quée par une attitude familière au jeune enfant qui aime « se tenir à cheval » dans les positions qu'il prend pour jouer ?

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS THEORIQUES

La guérison spontanée des luxations congénitales de la hanche est possible.

Ces guérisons sont rares.

L'explication de ces guérisons est facile à donner pour les luxations bilatérales.

CONCLUSIONS PRATIQUES

La luxation étant plutôt une prédisposition congénitale, et des cas de guérison spontanée ayant pu être observés, l'idée d'un traitement préventif est née, se proposant de détruire chez le nouveau-né toute prédisposition pour la luxation.

Ce traitement, qui a pris naissance à Nancy, et pour la première fois pratiqué par M. FRÉLICH, consiste dans l'emploi de l'abduction ou d'appareils permettant une augmentation de celle-ci, de façon à provoquer le glissement de la tête dans le cotyle.

BIBLIOGRAPHIE

- ANNOVAZI. — Contributo alla casistica della guarigione spontanea della lussazione cong. dell'anca. (*Arch. di Orthop.*, Tome 38, 1922.)
- BAUER. — Spontanheilung der angeborenen Hüftverrenkung. (*Wien. lin. Woch.*, N° 47, p. 784, juin 1934.)
- CAUBET. — Exemple de hanche luxable guérie spontanément. (*Toulouse Médical*, 15 août 1933.)
- DREHMAN. — Beiträge zur unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. (*Z. Orth. Chir.* 1908, N° 20, p. 72-81.)
- DEGA. — Spontanheilung der angeborenen Hüftverrenkung. (*Z. f. Orthopädie und ihre Grenzgebiete*, Tome 64, 1935.)
- FLIEGEL. — Spont. der angeb. Hüftverrenkung. (*Wien. klin. Woch.*, N° 47, 1934, p. 494-496.)
- FRÉLICH. — Guérison spontanée de la luxation congénitale de la hanche. — Congrès français de chirurgie, 1905. (*Revue d'Orthop.* 1906, p. 21-28.) (*Revue médicale de l'Est* 1920, p. 481-482.) — La luxation congénitale de la hanche. (*Revue méd. de l'Est*, 1934.)
- GALLEAZI. — Behandlung der kong. Hüftverr. (*Z. Orth. Chir.* 1913, p. 310.)
- GARNIER. — Thèse Nancy, 1921.
- HOFFMAN. — Thèse Nancy, 1910. (*Traitement préventif de la luxation congénitale de la hanche.*)
- KOPITS. — Spontanheilung der angeborenen Hüftverrenkung. (*Z. Orth. Chir.*, 1921, 21, p. 385-392.)
- LE DAMANY. — Hanches sublucables et luxées chez les nouveaux-nés. (*Revue de chir.* 1910, p. 512.) La luxation congén. de la hanche, 1923; p. 55 et suiv.
- MULLER. — Sitzung der Gesellschaft f. Natur zu Dresden, 1910. (*München. Med. Woch.* 1911, N° 7.)
- MARCONI. — Sulla cosiddetta guarigione spontanea della luss. cong. dell'anca. (*Chir. Org. Movim.* 1932, 17, p. 25-31.)
- SLOMAN. — On the spontaneous recovery of cong. dislocation of the hip. (*Jouc. Surg.* 1924, 6, p. 38-49.)
- DIRIKIS. — Thèse Paris, 1925.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
PATHOGÉNIE DES LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA HANCHE	6
OBSERVATIONS	10
MÉCANISME DE LA GUÉRISON SPONTANÉE	15
CONCLUSIONS	20
BIBLIOGRAPHIE	21

Vu :

Nancy, le 22 Juillet 1936.

*Le Président de Thèse,
FRÆLICH.*

Vu et approuvé :

*Nancy, le 23 Juillet 1936,
Le Doyen de la Faculté de Médecine,
L. SPILLMANN.*

Vu et permis d'imprimer :

*Nancy, le 24 Juillet 1936,
Le Recteur de l'Académie,
H. SENN.
Président du Conseil de l'Université.*

